

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1944

THESE

N°

217

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLÔME D'ÉTAT)

PAR

Louis RAMBAUD

Né le 17 Août 1918 aux Clouzeaux (Vendée)

Présentée et soutenue publiquement le 8 Juin 1944.

**TRAITEMENT MODERNE
DES
FISSURES ANALES**

Président: M. HARVIER, Professeur.

LANE MEDICAL LIBRARY
SAN FRANCISCO

PARIS
IMPRIMERIE R. FOULON
29, RUE DEPARCIEUX, 29
1944

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1944

THESE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Louis RAMBAUD

Né le 17 Août 1918 aux Clouzeaux (Vendée)

Présentée et soutenue publiquement le 8 Juin 1944.

TRAITEMENT MODERNE
DES
FISSURES ANALES

Président: M. HARVIER, Professeur.

PARIS
IMPRIMERIE R. FOULON
29, RUE DEPARCIEUX, 29
1944

DOYENS HONORAIRES :

MM. Balthazard, Roussy, Baudouin.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Aubertin, Balthazard, Basset, Bezançon, Brindeau, Carnot, Chevassu, Chiray, Clerc, A. Couvelaire, Delbet, Hartmann, Heitz-Boyer, Jeannin, Laignel-Lavastine, Laubry, Lemierre, Lenormant, Marion, Mulon, Ombredanne, Roussy, Rouvière, Sannié, Sébilleau, Sézary, Tanon.

DOYEN	BINET
ASSESEUR.	VERNE

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	N...
Anatomie pathologique	LEROUX.
Assistance Médico-sociale	N...
Bactériologie	GASTINEL.
Biologie médicale	VERNE.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Clinique de cardiologie	DONZELOT.
	BROCQ.
Cliniques chirurgicales	CADENAT.
	MONDOR.
	QUENU.
Clinique chirurgicale infantile et d'orthopédie	LEVEUF.
Clinique chirurgicale orthopédique	MATHIEU.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies des enfants	DEBRE (R.).
Clinique des maladies infectieuses	N...
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale ..	DELAY.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
	BENARD (H.).
Cliniques médicales	CHABROL.
	HARVIER.
	LIAN.
Clinique médicale propédeutique	P. VALLERY-RADOT.
Clinique de Neuro-chirurgie	VINCENT (Cl.).
	LANTUEJOUL.
Cliniques obstétricales	LEVY-SOLAL.
	PORTES.
Clinique ophtalmologique	VELTER.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	SENEQUE.
Clinique thérapeutique médicale	LOEPER.
Clinique de la Tuberculose	BERNARD (Et.).
Clinique urologique	FEY.
Embryologie	GIROUD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	ALAJOUANINE.
Histologie	CHAMPY.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	JUSTIN-BESANÇON(L.)
Hygiène et clinique de la première enfance	CATHALA.
Hygiène et médecine préventive	JOANNON.
Médecine du Travail	N...
Médecine légale	DUVOIR.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT (E.).
Pathologie chirurgicale	PETIT-DUTAILLIS.

	MM.
Pathologie exotique	LAVIER.
Pathologie expérimentale et comparée	N...
Pathologie médicale	MOREAU.
Pathologie et thérapeutique générales	N...
Pharmacologie et matière médicale	HAZARD.
Physiologie	BINET (Léon).
Physique médicale	RICHET (Charles).
Problèmes alimentaires (<i>chaire à titre personnel</i>) ..	LELONG.
Puériculture.	DESGRÈZ (H.).
Radiologie médicale	DECHAUME.
Stomatologie	STROHL.
Technique chirurgicale	MOULONGUET.
Thérapeutique	LAROCHE (G.).

PROFESSEURS SANS CHAIRE :

MM. DOGNON (*Physique médicale*), GAILLARD (*Parasitologie*),
HALPHEN (O. R. L.), JAYLE M. (*Chimie médicale*),
Mlle J. LEVY (*Pharmacologie*), OLIVIER (*Anatomie*),
PIEDELIEVRE (*Médecine légale*).

II. — AGREGES EN EXERCICE

	MM.		MM.
Anatomie	CORDIER.		DÉCOURT.
	DELMAS.		LAMY.
Anatomie	DELARUE.		HAMBURGER.
pathologique . . .	Mlle GAUTHIER.		DREYFUS (G.).
	VILLARS.		FAUVERT.
Bactériologie. . .	BONNET.	Médecine	GARCIN.
Chimie médicale . .	FASQUELLE.	générale	DE GENNES.
	ETTORI.		HAGUENAU.
	N...		LENEGRE.
	AMELINE.		MARCHAL.
	FEVRE.		MOLLARET.
	FUNCK.		MOUQUIN.
	BRENTANO.		SOULIE.
	MENEGAUX.	Médecine légale	DESOILLE.
	PATEL.		DIGONNET.
Chirurgie	SICARD.		LACOMME.
générale	MERLE	Obstétrique . . .	SUREAU.
	D'AUBIGNE.		VARANGOT.
	ROUX.		
	PADOVANI.	Ophthalmologie .	RENARD.
	LEGER.	Oto-rhino-	
	HUGUIER.	laryngologie .	AUBIN.
	RUDLER.	Parasitologie ..	BRUMPT (L.).
Histologie	BULLIARD.	Parasitologie	
Hydrologie	DEBRAY.	coloniale	N...
		Pathologie	
Hygiène	BOYER.	expérimentale.	LEMAIRE.
	DEPARIS.	Pharmacologie {	CHEYMOL.
Maladies	BARUK.		N...
mentales	DE SEZE.	Physiologie . . .	BARGETON.
			PARROT.
	BARIETY.	Physique	
	BOULIN.	médicale	N...
Médecine	BROUET.	Thérapeutique .	TURPIN.
générale	CACHERA.	Urologie	COUVELAIRE.
	COSTE.		
	KOURILSKY.		
	MAURIO.		

III. — PROFESSEURS HONORAIRES ET AGREGES
 RAPPELES A L'EXERCICE
 POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM. BASSET (*Chirurgie générale*), HUGUENIN (*Anatomie pathologique*),
 LE LORIER (*Obstétrique*), VAUDESCAL (*Obstétrique*).

IV. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES
 CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE
 à titre permanent.

Clinique chirurgicale	}	MM. GATELLIER. DE GAUDART D'ALLAINES.		
Clinique obstétricale		ECALLE.		
Clinique O.R.L.		HALPHEN.		
			Clinique médicale	M. CHEVALLIER

V. — CHARGES DE COURS

M.

Radiologie LEDOUX-LEBARD.

MM.

Secrétaire de la Faculté J. MOREL.

Secrétaire-adjoint M. BRISSIAUD.

Bibliothécaire en Chef .. D^r A. HAHN.

Bibliothécaires Mlles DUMAITRE, GOICHON, LAURENT.

*Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les
 opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être
 considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner
 aucune approbation ni improbation.*



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A LA MEMOIRE DE MON GRAND-PERE

LE DOCTEUR LOUIS FORTINEAU

A LA MEMOIRE DE MES ONCLES

LE PROFESSEUR LOUIS FORTINEAU

LE MÉDECIN-AUXILIAIRE CHARLES FORTINEAU

Mort pour la France.

LE DOCTEUR GABRIEL FORTINEAU

A MON PERE
LE DOCTEUR LOUIS RAMBAUD
Sénateur de la Vendée

Faible témoignage de reconnaissance pour tout ce qu'il a fait pour moi.

A MA MERE

En gage de mon amour filial.

A MA FEMME

*Dans les joies comme dans les peines, sa tendresse me fut toujours un si doux réconfort.
Avec tout mon grand amour.*

AU SOUVENIR DE MON PETIT PHILIPPE

A MES COUSINS

LE PROFESSEUR CASTAGNARY

LES DOCTEURS JEAN FORTINEAU, LOUIS FORTINEAU,

EVA FORTINEAU

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR HARVIER

Professeur de Clinique Médicale
Médecin de l'Hôpital Cochin
Membre de l'Académie de Médecine
Officier de la Légion d'Honneur

*Qui a bien voulu nous faire
l'honneur d'accepter la présidence
de cette thèse.*

Hommage respectueux.

A MON MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR PAUL JACQUET

Médecin de l'Hôpital Saint-Antoine
Chevalier de la Légion d'Honneur

*Qui a bien voulu m'accueillir
dans son service.*

*Qu'il veuille trouver ici l'expres-
sion de ma profonde reconnaissance
pour son enseignement si pratique
et si affectueux.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR PERIER

Médecin-Assistant des Hôpitaux de Paris

*Qui m'a inspiré le sujet de cette
thèse et aidé de ses précieux con-
seils.*

*Je le prie de bien vouloir agréer
mes remerciements respectueux et
dévoués.*

A MES MAITRES
DANS LES HOPITAUX DE NANTES

STAGE :

MONSIEUR LE DOCTEUR GAUDIN.

MONSIEUR LE PROFESSEUR PICARD.

MONSIEUR LE PROFESSEUR AUVIGNE.

EXTERNAT :

MONSIEUR LE PROFESSEUR Y. BUREAU.

MONSIEUR LE DOCTEUR GUILLON (f. f. interne).

INTERNAT :

MONSIEUR LE PROFESSEUR REYT.

MONSIEUR LE PROFESSEUR BOQUIEN.

MONSIEUR LE DOCTEUR LERAT.

A MES AUTRES MAITRES DES HOPITAUX
ET
DE L'ECOLE DE MEDECINE DE NANTES

A MES CONFERENCIERS D'INTERNAT

LES DOCTEURS P. RIOU (*in memoriam*), J. DAVID

A MES CAMARADES D'INTERNAT

AUX MIENS

A MES AMIS

INTRODUCTION

L'étude thérapeutique de la fissure anale a suscité de nombreux travaux. Bien que la pathologie de cette affection soit très restreinte elle occasionne pour le malade des souffrances et un retentissement tel sur l'état général, que tour à tour chirurgiens, électro-radiologistes, médecins, se sont efforcés d'abord de soulager, puis de guérir définitivement ces malheureux. D'indiscutables progrès ont été réalisés, dûs surtout aux travaux de BENSAUDE et de son école, au Centre de Proctologie de l'hôpital Saint-Antoine.

Grâce à l'obligeance du Docteur JACQUET, nous avons pu compiler les observations et réunir 600 cas de fissures traités à la Consultation du Rectum entre 1939 et le mois de mars 1944.

Après avoir décrit et classé les fissures suivant leurs formes anatomiques et évolutives, nous nous proposons d'énumérer les divers traitements proposés jusqu'ici, en développant surtout la technique de la diathermo-coagulation avec les avantages qu'elle présente.

Pour conclure nous exposerons les résultats obtenus par ces divers procédés dans 600 cas recueillis à l'hôpital Saint-Antoine.

CLASSIFICATION DES FISSURES

Sans rappeler, même brièvement, la remarquable description de BOYER, nous citerons celle de QUÉNU : « On donne le nom de fissure à l'anūs à une petite ulcération superficielle, siégeant au fond d'un des sillons que forment les plis radiés de l'anūs et se caractérisant cliniquement par des douleurs intenses et une contracture du sphincter ».

Plus fréquente chez la femme que chez l'homme, exceptionnelle chez l'enfant, la fissure anale reconnaît comme facteur étiologique important la constipation chronique, s'accompagnant fréquemment d'hémorroïdes.

Pour BENS AUDE, la fissure est l' « ulcère variqueux de l'anūs », l'hémorroïde sentinelle ne serait autre chose qu'une thrombose externe devenue fibreuse (K. BLOND). Le diagnostic est facile, il se base sur trois symptômes importants : la douleur après la défécation, la contracture du sphincter et enfin la constatation, en déplissant doucement les plis radiés de l'anūs, de l'ulcération, plutôt à forme de raquette à grosse extrémité externe que linéaire. Enfin, le toucher rectal complètera tout examen; très douloureux en raison de la sphincteralgie, il permet cependant en opérant avec beaucoup de douceur de rechercher le signe des quatre points cardinaux, avec douleur exquise à midi, là où siège dans la grande majorité des cas la fissure.

Il importe de noter dès maintenant que la fissure ne se présentera pas toujours sous le même aspect. Diver-

ses classifications furent proposées suivant le type clinique et évolutif. Nous retiendrons celle de RACHET et BUSSON qui distinguent schématiquement :

- 1) La fissure simple : superficielle ou enfouie;
- 2) La fissure évoluée : ulcération ou fissure atténuée;
- 3) La fissure compliquée.

La fissure *simple* se traduit par le syndrome fissuraire classique et guérira très simplement par injection périfissuraire (quinine-urée — novocaïne seule ou associée à l'histamine...) ou encore par la haute-fréquence intra-rectale avec la résonateur de Oudin.

Parfois tout essai d'étalement même léger de la zone fissuraire est impossible; il s'agit d'une fissure *enfouie* plus profondément entre deux hémorroïdes turgescents. Le diagnostic est plus difficile, et BENSAUDE conseille une pression digitale sur le pourtour de l'anus, sans pénétrer dans le canal : en un point une douleur intense sera déclenchée, signant la présence d'une fissure sous jacente. RACHET les traite par l'injection d'une solution huileuse anesthésique.

La fissure *évoluée* se présente sous deux formes cliniques bien voisines : l'ulcère atone et la fissure atténuée.

L'ulcère atone est une ulcération en raquette, torpide, indolore, découverte souvent à l'examen; son fonds est grisâtre, atone et l'exploration ne déclenche que très peu de douleur.

La fissure atténuée est, pourrait-on dire, encore en activité. Il n'existe que des sensations douloureuses diverses, picotements, cuisson, brûlure après ou en dehors des selles, avec du prurit. S'il n'existe plus de contracture sphinctérienne permanente, le déplissement de l'anus est douloureux, et le contact du doigt est vivement ressenti; les bords sont soulevés et indurés et il

faut rechercher systématiquement les décollements sous-muqueux.

Quel que soit son type, la fissure évoluée nécessite l'intervention chirurgicale par diathermo-coagulation.

La fissure évoluée et *compliquée* correspond à la fissure précédente mais compliquée d'un capuchon muqueux ou cutanéomuqueux qui coiffe son extrémité externe et sous lequel existe un décollement cutanéomuqueux ou muqueux, siège fréquent d'une suppuration permanente. L'exploration et la mise à plat des décollements ou de la fistule est nécessaire pour obtenir la guérison définitive. Si la diathermo-coagulation suffit dans la plupart des cas, il est des fistules trop profondes ou trop multiples qui doivent être confiées au chirurgien.

Sans s'opposer à cette excellente classification, JACQUET, HILLEMANT, PÉRIER et HENRY proposent une autre division, se plaçant au point de vue évolutif :

- le groupe des fissures simples qui guérissent de manière définitive par les procédés non chirurgicaux;
- le groupe des fissures à rechute qui guérissent facilement mais récidivent de manière régulière;
- celui des fissures chroniques résistant à toute thérapeutique non chirurgicale.

Dans ces deux derniers groupes où les auteurs rangent l'ulcération atone de la marge de l'anus, il s'agit de fissures à bords indurés ou non, mais dont l'extrémité externe est masquée soit par une hémorroïde sentinelle, soit par un condylome en forme de capuchon, dont l'extrémité interne est coiffée d'une production polyforme ou d'une saillie tomenteuse. Mais ce qui caractérise essentiellement ces fissures, ce qui les entretient, ce sont, en dehors du spasme sphinctérien qui peut manquer, les *décollements* : décollement externe pouvant remonter très haut derrière le condylome sous

la peau du coccyx, décollement interne, tous deux bien décrits par BENS AUDE; décollements latéraux enfin, enserrant le canal anal en fer à cheval et dont l'importance a été mise en évidence par André CAIN. Ces fissures ne guérissent que par l'ablation des condylomes internes ou externes, que par la mise à plat des décollements.

Ce qu'il importe de retenir c'est l'insistance de tous les proctologistes pour bien mettre en évidence la différence de traitement réservé à chaque cas de fissure anale.

Ces traitements sont nombreux; nous allons les décrire, en insistant particulièrement sur la diathermo-coagulation, employée soit d'emblée, soit en dernier recours, mais qui conserve toujours son caractère ambulatoire.

TRAITEMENT DES FISSURES

I. — Bien qu'il ne faille jamais le négliger, soit par une hygiène générale de l'individu et la régularisation des selles, soit par l'application locale de pommades, le traitement purement médical n'eut jamais grand succès pour guérir les fissures.

TROUSSEAU et BRETONNEAU prescrivait une pommade avec de l'extract de ratanhia, BOYER une préparation à base de saindoux et contenant de l'huile d'amandes, du suc de Morelle et du suc de Joubarbe. BENSAUDE a eu quelques résultats avec de l'Ichtyol pur; si la douleur est tolérable, on peut pratiquer un badigeonnage de la fissure avec une solution de nitrate d'argent au 1/30 ou de bleu de méthylène à 1 %; certains auteurs anglais préconisent des applications de pommades anesthésiques avec une bougie mousse chauffée préalablement, qui dilate le sphincter et ouvre la fissure, permettant ainsi une meilleure cicatrisation par étalement égal de la pommade.

Nous employons couramment, au moins pour nos pansements la pommade au Collargol à 10 ou 15 %.

II. — En réalité, le seul traitement des fissures anales était, avant 1897, la *dilatation du sphincter* préconisée par RÉCAMIER et MAISONNEUVE. On a peine à croire que certains chirurgiens aient pu faire cette opération sans anesthésie; il faut, au contraire, une narcose très poussée pour avoir une résolution musculaire complète, afin d'éviter les syncopes, parfois mortelles.

L'anesthésie obtenue, la dilatation sera réalisée à l'aide du spéculum dilatateur de TRÉLAT, ou encore par les pouces ou les index introduits dos à dos dans l'anوس et écartés jusqu'à dilatation complète de celui-ci. C'est une méthode brutale qui conserve la faveur des chirurgiens bien qu'elle soit abandonnée par la majorité des proctologistes; si elle supprime le spasme et soulage le malade, elle ne met pas celui-ci à l'abri des récidives et reste sans action sur les fissures avec décollements. Elle n'est pas non plus sans inconvénients, et le sphincter ne retrouve pas toujours sa tonicité ce qui peut exposer le malade à de cruels inconvénients.

III. — En 1897, DOUMER, de Lille, préconisait déjà la haute fréquence, sous haute tension et MARQUÈS, dans sa thèse (1905) publiait 47 guérisons et 3 échecs.

Cette méthode a toujours été un peu délaissée; DELHERM et SAVIGNAC, en particulier, regrettaient encore récemment qu'elle ne fut même pas citée dans les traités classiques; dans leur service d'électro-radiologie de l'hôpital Laënnec ces auteurs accusent 87 % de ces favorables. Elles ont l'inconvénient de nécessiter 15 à 20 séances renouvelées chaque jour et d'une durée d'environ 1/4 d'heure. C'est une méthode ambulatoire par excellence et nous l'employons quelquefois à Saint-Antoine soit seule, soit concurremment avec les injections péri-fissuraires mais elle ne représente qu'un simple procédé palliatif.

IV. — Le traitement radiothérapique est également employé et, en 1934, R. BENS AUDE, I. SALOMON et J. MARCHAND y ont insisté au congrès de radiologie de Zurich. Pour ces auteurs une séance suffit parfois à guérir une fissure simple.

MARCHAND prescrit : « une séance de rayons moyennement pénétrants mais très filtrés (0,5 Cu + 2 Al)

la dose unique oscille entre 150 et 200 R ». Considérant la fissure comme un trouble trophique, cet auteur a également tenté avec succès des applications de radiothérapie sympathique : irradiation de la région surrénale.

Parmi les 600 observations que nous avons relevées à la consultation de Proctologie de l'hôpital Saint-Antoine, un seul malade avait subi sans succès cinq séances de rayons X, et avait dû être opéré pour obtenir sa guérison.

V. — A côté de ces méthodes électriques, les injections péri-fissuraires occupent depuis vingt ans une place prépondérante. L'initiative en revient à CAIN qui, en 1921, songea à utiliser l'action analgésiante de l'injection de chlorhydrate de quinine et d'urée dans le traitement des fissures anales : « l'exsudation fibrineuse locale que détermine la quinine-urée devait isoler l'ulcération fissuraire des plans sous-jacents et la production secondaire de fibrose n'en pouvait que favoriser la cicatrisation ».

La technique d'abord employée fut abandonnée en France à cause des vives réactions douloureuses qu'elle provoqua. Cependant, elle fut améliorée sans doute par les travaux des auteurs anglo-saxons, GABRIEL, BALDWIN, SYNNOTT, car, en 1926, au congrès de la société de Proctologie américaine, A.-B. GRAHAM rapporte 77 % d'améliorations sur 128 cas et en 1930, YEOMANS, dans son livre, affirme 70 % de succès sur une expérience de deux années. A la même date R. BENSAUDE, A. CAIN et J.-A. LIÈVRE, ont, sur 21 cas, 11 succès complets seulement.

Le principe des injections péri-fissuraires étant bien admis, nombre de médecins ou de chirurgiens cherchèrent à modifier les liquides injectés.

C'est MACHLINE, à Saratov, qui injecte 1,10 à 1,4 cc3 de la formule suivante :

Bichlorhydrate de quinine	7,2
Urée pure	1
Eau distillée Q. S.	164

une à quatre piqûres suffisent et sur 143 malades l'auteur ne note que 10 échecs, reconnaissant en outre que dans 2 cas d'ulcère atone, malgré la disparition de la douleur, la cicatrisation n'a jamais pu être obtenue;

C'est SICARD qui, après 2 ou 3 cc3 de novocaïne propose d'injecter sous le trajet de la fissure 1 cc3 d'alcool à 40°;

C'est LEIBOVICI qui se contente d'une injection de 10 à 15 cc3 de novocaïne à 1 %, sous la fissure également, anesthésiant toute la moitié postérieure du canal anal; enfin c'est DENK de Vienne, qui propose une solution analogue à celle employée par HENNINGER pour le traitement des hémorroïdes.

Dextrose

20 g.

Glycérine bi-distillée additionnée

de 10 % d'eau distillée Q. S. 100 g.

il se sert d'une seringue à injecter les gouttes telles que celles de BARTHÉLÉMY ou de KIRSCHEN. Après anesthésie préalable, il fait l'injection au niveau de l'extrémité externe (cutanée) de la fissure. L'aiguille pénètre parallèlement au trajet fissuraire, à environ 1,4 de cm. au-dessus de celle-ci : 2 gouttes profondément dans la région correspondant à l'extrémité interne de la fissure, 2 gouttes sous la partie moyenne et 2 autres gouttes près de l'extrémité externe de la fissure.

Tous ces traitements ont pour but de rompre l'arc réflexe qui a son point de départ dans l'érosion ou l'ulcération de la commissure postérieure de l'anus et qui se réfléchit sous forme de sphincteralgie douloureuse.

Actuellement au centre de Proctologie de l'hôpital Saint-Antoine nous utilisons exclusivement la solution

préconisée en 1939 par CAIN, Alf. BENSAUDE et LÉON :
Chlorydrate d'histamine : deux dixièmes de milligramme.

Novocaïne : 25 milligrammes.

Eau distillée Q. S. : 5 cc3 en 1 ampoule,
et la technique est la suivante :

Après désinfection cutanée : 1°) quelques gouttes dans le sphincter de part et d'autre de la ligne médiane et en dehors de la fissure;

2°) puis, infiltration du tissu cellulaire sous-fissuraire, en poussant l'injection jusqu'au raphé médian;

3°) enfin, infiltration intra-dermique périfissuraire et injection de la solution dans les plans superficiels de l'ulcération.

L'adjonction de l'histamine à la novocaïne renforce et surtout prolonge l'effet analgésique. Si parfois une seule injection suffit, il faut souvent en refaire d'autres à une semaine d'intervalle, sans cependant dépasser quatre ou cinq; mais l'action n'est que temporaire en cas de fissure compliquée : décollements latéraux, petite fistule, polypes, hémorroïde sentinelle, qui entretiennent la fissure ou la font récidiver; tout naturellement alors on sera amené à la méthode vraiment radicale : la diathermo-coagulation monopolaire.

Nous mettons à part les anesthésies huileuses.

Dans un article de la *Presse Médicale*, en 1935, R. BENSAUDE propose un mélange huileux pour l'anesthésie prolongée des fissures anales. A la formule trop onéreuse de YEOMANS :

Benzoate de benzocaïne	5 g.
Alcool phénylméthylque	5 g.
Huile d'amandes douces	90 g.

il préfère la solution suivante préparée suivant la formule de HIRSCH :

Anesthésine	4 g.
Aminobenzoate de butine (buté- sine)	1 g.
Alcool benzylique	5 g.
Novocaïne basique	0 g. 50
Huile d'amandes douces Q. S. ..	100 cc3

Après désinfection locale, BENSAUDE injecte d'abord en éventail, dans le sillon ano-coccygien, à 2 cm. de l'anus, 5 cc3 de novo. à 1 %, puis 3' après, le doigt étant mis dans l'anus, 5 à 10 cc3 de la solution huileuse, au même point et de la même manière, avec une seringue de Labat. Il faut employer des aiguilles de 5 à 6 cm. de long et d'un calibre de 9-10 de mm.; on doit faire chauffer au préalable seringue et ampoule et injecter goutte à goutte.

La lenteur de la résorption huileuse (huit jours environ) entraîne une anesthésie nettement plus prolongée que les solutions aqueuses (novocaïne, histamine, quinine-urée...) cette injection pouvant être aisément répétée; ce pendant la fissure a le temps de se cicatriser mais l'injection de solutions huileuses n'est pas sans inconvénient : dès avant la guerre BENSAUDE avait rapporté quelques abcédations post-huileuses; CAIN, HIL-LEMAND et MOUTIER avaient cru de ce fait devoir abandonner la méthode.

A la Société de Gastro-entérologie PÉRIER a apporté récemment trois observations d'abcès dont deux durent subir une intervention relativement importante.

Cependant RACHET et BUSSON demeurent fidèles à cette méthode dont ils n'ont qu'à se louer et estiment avec ARNOUX qu'il faut faire jouer un rôle à une mauvaise série d'ampoules de fabrication défectueuse.

En tout cas, il est prudent de prévenir le malade du risque encouru.

En pratique, si la fissure ne cède pas rapidement aux injections anesthésiantes mieux vaut les opérer..

VI. — Les premières publications sur la méthode de DARSONVAL ont trait à la cure des hémorroïdes et proviennent de l'étranger. ALAMELLA, de Cuba (1916), WARING (1923), JAMES (1924).

En France, DURAND-BOISLEARD, MARCHAND, CASTEX, COTTE, BENSUADE, CAIN, utilisent la diathermo-coagulation jusque-là réservée à la dermatologie, pour le traitement des affections ano-rectales.

En 1928, RACHET et FERRIER conseillent la diathermie *ménopolaire* pour éviter les réactions post-opératoires, et dans la thèse de LEMAIRE (Paris, 1939), RACHET expose sa méthode basée sur la coagulation plus que sur la section.

Traitement des fissures par le bistouri électrique en monopolaire

Au centre de Proctologie de l'hôpital Saint-Antoine, nous avons l'habitude de traiter les fissures par l'extirpation au bistouri électrique de la fissure, de son plancher et de ses diverticules latéraux qui l'accompagnent si fréquemment. Ainsi est obtenue une parfaite mise à plat et une guérison définitive.

L'ANESTHÉSIE.

L'anesthésie générale est inutile.

On a le choix entre l'anesthésie locale et l'anesthésie épidurale.

1°) *Anesthésie épidurale.*

Celle-ci présente des avantages certains.

L'opération demeure absolument indolore et on évite presque à coup sûr les réactions inflammatoires post-opératoires dues à l'anesthésie locale. Dans les fissures profondes recouvertes de grosses marisques avec possibilité de petit trajet fistuleux elle permet, par l'atonie sphinctérienne provoquée, de pratiquer les résections nécessaires sans aucune douleur, c'est vraiment l'anesthésie de choix.

Mais elle n'est pas toujours possible anatomiquement chez les sujets adipeux ou porteurs d'une malformation osseuse.

Après repérage des deux tubercules sacrés postérieurs et inférieurs avec l'index et le médius gauche, nous remontons avec l'index droit le long de la face postérieure sacrée jusqu'à sentir une petite dépression située à quelques millimètres au-dessous d'une horizontale réunissant les tubercules sacrés déjà repérés. C'est là que nous enfoncerons notre aiguille (aiguille à P. L. ordinaire) d'abord verticalement jusqu'au contact osseux, puis obliquement en haut en rasant l'os. Après avoir exercé une certaine pression, on a soudain l'impression que l'aiguille se meut dans un espace assez libre et qu'elle demeure relativement mobile. L'espace épidual est atteint et l'aiguille forme avec le plan dorsal un angle d'environ 30 degrés. Après avoir vérifié avec une seringue qu'aucune goutte de L. C. R. ne s'écoule à l'extérieur, on injecte avec une certaine lenteur (40 à 60 cc3) le mélange suivant :

Novocaïne : 0,60.

Adrénaline 1 % : 7 gouttes.

Eau distillée : 10 cc3.

Et :

Bicarbonate de soude : 0 g. 15.

Chlorure de sodium : 0 g. 10.

Eau distillée : 20 cc3.

Nous demandons ensuite au patient de demeurer 5 minutes assis les jambes pendantes, puis allongé 15 minutes; au bout de 20 minutes l'anesthésie est obtenue et dure une heure environ, c'est-à-dire très largement le temps nécessaire à l'intervention.

Sur 310 malades opérés nous avons noté 4 accidents : 2 présentèrent dès l'injection des phénomènes d'excitation à type d'ivresse novocaïnique qui cédèrent en 10 minutes et n'empêchèrent nullement l'intervention. L'un était un éthylique notoire, l'autre une jeune femme anxieuse, qui n'envisageait l'opération qu'avec une grande angoisse.

Une fois, le malade ayant bougé pendant l'injection, l'aiguille dut s'enfoncer davantage et le liquide anesthésique dut atteindre les espaces sus-arachnoïdiens. Il en résulta une paraplégie transitoire qui dut faire hospitaliser le malade 24 heures — sans autre dommage —.

Enfin signalons un cas de mort chez un homme de 68 ans, mort qui survint 30 minutes après la fin de l'intervention, sans cause bien nette.

Depuis nous ne pratiquons plus l'épidurale chez les sujets dépassant 60 ans (et cependant les urologues la pratiquent chaque jour pour leur résection prostatique, opération qui n'est pas d'habitude l'apanage des jeunes). .

2°) *Anesthésie locale.*

L'anesthésie locale se pratique avec une solution de novocaïne à 1 %. L'anesthésie est plus rapidement obtenue avec la Dunacaïne (RACHET). Elle se fait en deux temps : l'index gauche dans le rectum, on anesthésie le sphincter en injectant 5 cc3 de chaque côté de la ligne médiane à 15 mm. de la ligne médiane, à une profondeur de 3 à 4 centimètres — avec une seringue de Labat — et une aiguille intramusculaire ordinaire. On complète ensuite par des injections péri et sus-fissuraires pour l'anesthésie des plans superficiels. Ces différentes injections qu'il faut parfois renouveler au cours de l'intervention, ne laissent pas d'être assez désagréables. D'autre part, plus on injecte de novocaïne, plus on s'expose aux réactions inflammatoires post-opératoires. Il y a donc pour régler les injections, un juste milieu à observer qui dépend de l'étendue de l'exérèse et surtout de la sensibilité du malade.

MATÉRIEL.

Nous nous servons habituellement du bistouri électrique de Walter qui coupe et coagule à la fois.

Pour la coupe il y a intérêt à avoir une section très coagulée, ce qui évite les hémorragies en nappes. L'intensité à utiliser en monopolaire, avec contre poids est aux environs de 260 milliampères. Pour l'hémostase des points saignants, il faut se servir de la méthode bipolaire avec une intensité d'environ 900 milliampères.

Cet appareil est indispensable pour les grosses fissures, comme pour les prolapsus importants ou pour les fistules extra-sphinctériennes profondes.

Pour les petites fissures on peut se contenter du petit appareil Walter qui coagule mais ne sectionne pas ; il a l'avantage d'être aisément transportable.

Un minimum d'instrumentation est nécessaire :

- 2 pinces en cœur,
- 2 pinces de Kocher,
- 4 pinces de Chaput,
- un stylet, une sonde cannelée,
- 2 écarteurs (ceux de Cain de préférence),
- un anuscope à 3 branches,

enfin une scialytique ou une lampe derrière l'opérateur est préférable.

La lampe frontale risque d'entraîner un court-circuit.

TECHNIQUE.

Le malade est en genu-pectorale, le front reposant sur ses avant-bras croisés. L'aide écarte la région interfessière et dégage la fissure d'autant plus visible que le sphincter est plus atone. Après rasage, et désinfection de la région au mercurochrome ou à l'alcool iodé on peut commencer l'intervention.

Le bistouri va délimiter l'étendue de la résection, celle-ci aura la forme d'une demi-circonférence dont le



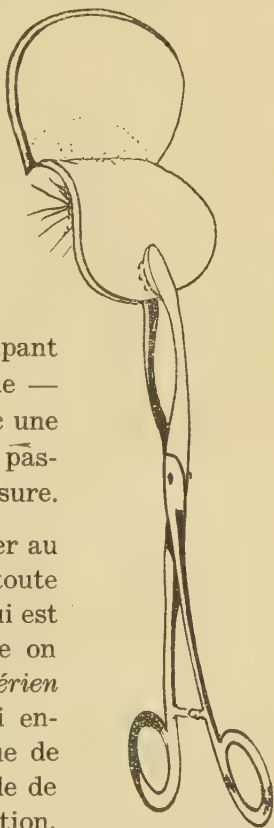
1) Tracé de l'incision.

diamètre correspond à la partie inférieure de la fissure ; il faut inciser très largement en dehors à un bon centimètre latéralement de la fissure. La résection trop économi- que de la peau (apanage des déb-utants) entraîne une cicatrice trop petite, souvent gênante pour le malade.

Après avoir délimité un lam- beau en demi-cercle, en allant très lentement de façon à coa- guler en même temps qu'en coupant — ce qui évite toute hémorragie — on saisit le lambeau cutané avec une pince en cœur, lambeau qui doit pas- ser derrière le plancher de la fissure.

A ce moment il faut sectionner au ras de celle-ci de façon à éviter toute section des fibres du sphincter qui est situé très près. En cas de doute on recherchera le *réflexe sphinctérien* par la coagulation bipolaire qui en- traîne une contraction énergique de ce muscle qu'il sera dès lors facile de tenir en dehors du tracé de résection.

La section des bords latéraux



2) Lambeau récliné.

empiète franchement sur la muqueuse souvent congestionnée et prête à saigner; même en allant très doucement on n'évite pas toujours la section d'une petite tranche hémorragique qu'il faudra coaguler ultérieurement.

Reste un temps capital : *l'exploration des diverticules latéraux*. Ceux-ci sont très fréquents, unis ou bilatéraux et leur non-exérèse entraînerait une récidue presque à coup sûr.



3) Diverticules droit et gauche.

Souvent la sonde cannelée enfoncée verticalement permet de déceler un orifice latéral de 1 à 2 centimètres de profondeur. Il ne faut pas hésiter à le réséquer largement en traçant une incision en forme de manche de couteau.



4) Réclinaison des deux diverticules.

De même de l'autre côté. Cette zone purement muqueuse saigne assez facilement.

La résection terminée, la plaie a la forme d'un haricot à concavité inférieure. Elle doit être nette, sans bords et absolument plane.



5) Aspect de la plaie,
l'opération achevée..

Le temps hémostatique est capital. — Les petits vaisseaux qui saignent seront coagulés sur place en bipolaire, grâce à la pince de Chaput, mise en contact avec la pointe métallique du bistouri, il se fait une petite étincelle pendant la demi-seconde nécessaire. Le malade ressent parfois un chatouillement discret à l'épidurale, fort désagréable au contraire si l'anesthésie a été purement locale. Il faut ainsi coaguler minutieusement tous les points qui saignent. En cas d'hémorragie en nappe une coagulation superficielle ou étincelage aide à la faire disparaître.

Il ne faut jamais quitter la plaie avant qu'elle ne soit absolument exsangue. Cette hémostase est parfois plus longue à elle seule que le reste de l'intervention.

On achèvera celle-ci en versant sur la plaie le contenu d'une ampoule d'hémostatique. Ce n'est que dans le cas de muqueuse très vasculaire — en particulier chez les femmes où le simple déplissement de la muqueuse provoque le saignement — que l'on pourra laisser quelques heures une mèche imbibée d'hémostatique.

Dans tous les autres cas après pulvérisation sulfamidée on recouvrira largement la plaie d'une pommade au collargol mise à la fois endo et exo-rectale.

L'intervention est terminée. Elle a duré de 15 à 30 minutes selon la fragilité vasculaire du sujet.

SOINS POST-OPÉRATOIRES.

Leur importance est très grande car ils règlent à eux seuls le pronostic post-opératoire.

Pendant la première semaine le pansement doit être quotidien. Il est d'ailleurs très simple et consiste en un nettoyage à l'eau tiède, puis l'index recouvert d'un doigtier enduit de collargol à pratiquer un toucher rectal qui dilate la région anale, réalise un massage au collargol, puis à en recouvrir largement la surface cruentée.

Ce pansement quoique bref est assez douloureux les premiers jours.

Le malade n'étant pas constipé ira à la selle dès le lendemain de l'opération. Il n'a ensuite qu'à se laver à l'eau tiède et à remettre une compresse recouverte de collargol. En principe le malade appréhende fortement la première selle qui se révèle nettement moins désagréable que celle qui avait précédé l'intervention.

A partir du dixième jour, la plaie est déjà en voie de cicatrisation et le pansement peut ne se faire que trois fois par semaine. Du vingtième au trentième jour la cicatrisation est terminée et aucun pansement n'est plus nécessaire. Sa prolongation excessive risquant d'entraîner l'apparition d'une dermite prurigineuse.

Quant aux différentes pommades vitaminées, elles ne sont pas toujours bien tolérées et si elles hâtent parfois la cicatrisation, ailleurs elles entraînent brûlures ou prurit. Le mieux est de s'en passer.

L'ÉVOLUTION POST-OPÉRATOIRE peut être troublée par trois incidents rares et facilement évitables :

Ce sont :

- L'hémorragie,
- La suppuration,
- La cicatrisation vicieuse.

INCIDENTS.

Les hémorragies.

Elles sont pratiquement dues à une faute de technique. L'opération a été hâtive, on s'est servi du bistouri plus comme agent de section que de coagulation, et surtout l'hémostase n'a pas été aussi minutieuse qu'elle l'aurait dû; en particulier on a négligé de coaguler la tranche de section qu'il faut savoir déplier sur tout son trajet de façon à repérer le plus petit point qui rougit trop vite. D'où la nécessité d'un bon éclairage.

L'hémorragie survient dans les heures qui suivent, elle cède d'ailleurs au tamponnement et aux hémostatiques locaux et généraux. Cet incident peut et doit être évité. Son seul inconvénient est de nécessiter 24 heures d'hospitalisation. Il serait préférable, avant chaque opération, de vérifier les temps de coagulation et de saignement de chaque malade.

La suppuration.

Les plaies de la région ano-rectale ne s'infectent jamais et cependant la stérilisation du champ opératoire est beaucoup moins stricte qu'en chirurgie générale; il ne faut pas prendre pour du pus le suintement de la plaie qui traduit son bourgeonnement et sa prodigieuse et souvent trop rapide faculté de régénération.

Une application locale de sulfamide en poudre suffit à prévenir toute infection secondaire. Si une goutte de pus apparaît (à l'extrémité interne de la fissure pres-

que toujours) c'est que la résection a été trop économique ou que l'on ne s'était pas aperçu de l'existence d'un petit trajet fistuleux qu'il aurait fallu réséquer également.

La cicatrisation.

Il faut freiner son évolution de façon à obtenir une plaie nette et sèche. D'où la nécessité de déplier chaque jour la plaie qui tend à se refermer de par l'accolement plus ou moins prononcé des deux masses fessières (HENRY). Il est presque toujours utile de nitrater au crayon les petits bourgeons latéraux qui risqueraient de provoquer un prurit tenace ou une pénible sensation de lourdeur. Grâce au toucher rectal quotidien la cicatrice s'assouplit chaque jour.

Nous nous sommes étendus avec une certaine proximité sur l'anesthésie, l'hémostase, les soins post-opératoires, ils font partie en réalité de la technique chirurgicale et sont inséparables de la résection elle-même.

Quant aux accidents évolutifs, si le malade vient régulièrement aux pansements, si l'opérateur revoit lui-même ses opérés, il n'y aura que de favorables évolutions.

Certes il s'agit là d'une chirurgie facile et sans danger (si l'on excepte la section du sphincter) mais qui est faite de patience et de minutie et qui comme toute chose devra s'apprendre soigneusement et ce, au grand bénéfice des malades dont on soulagera à peu de frais un des plus grands syndromes douloureux qui existent en pathologie.

FORMES COMPLIQUÉES.

a) Lorsque la fissure est recouverte d'une ou plusieurs marisques qui l'entretiennent indéfiniment il faut faire une résection en bloc, presque toujours facile et

qui ne nécessite pas une technique différente. L'incision initiale doit être un peu plus large de façon à enlever tout le paquet hémorroïdaire externe. On peut d'ailleurs enlever les marisques à l'anse dans un premier temps.

b) Le prolapsus vrai accompagne assez rarement la fissure. Lorsqu'il est très important mieux vaut le respecter, enlever la fissure et, celle-ci guérie, commencer les injections sclérosantes. Ce n'est que si celles-ci sont insuffisantes que l'on pourra envisager la résection du prolapsus qui de toute façon aura été déjà réduit par la quinine-urée. S'il est entièrement localisé on peut l'enlever en même temps.

c) La fissure peut être à l'origine d'un petit trajet fistuleux. Dans ce cas on voit souvent sourdre une goutte de pus à l'orifice interne de la fissure. La résection effectuée il sera prudent d'injecter quelques gouttes de bleu de méthylène dans l'orifice ainsi mis à plat et en s'aidant du stilet de disséquer le trajet autour de celui-ci de façon à enlever toute chance de récurrence.

PLAIDOYER EN FAVEUR DE CETTE TECHNIQUE.

Quels sont les avantages de la diathermo-coagulation par rapport au traitement chirurgical classique de la fissure à savoir : la dilatation.

1) *Anesthésie.*

La dilatation demande une anesthésie générale très poussée et on l'a accusée d'être à l'origine de syncopes dangereuses, voire mortelles. En tout cas elle s'accompagne de tous les inconvénients de l'anesthésie générale, fort réduits à l'heure actuelle, il faut savoir le reconnaître, depuis les anesthésies par voie endo-veineuse.

2) *Technique.*

La dilatation brise le réflexe sphinctérien, c'est une opération de force, contraire à toute la technique chirurgicale moderne qui vise à la souplesse plus qu'à la brutalité. C'est une technique parfois dangereuse.

Nous avons observé huit cas d'incontinence anale plus ou moins définitive chez des malades ayant été ainsi dilatés.

C'est une technique parfois inopérante car le syndrome fissuraire peut persister et revenir plusieurs mois après, ce qui ne se produit *jamais* après la résection. C'est une technique insuffisante si la fissure se complique, cas le plus fréquent, de marisques qu'il faut enlever en même temps qu'elle.

3) *Avantage social.*

Nous évitons l'hospitalisation ou la réduisons considérablement. Au lieu de garder un malade de 10 à 15 jours à l'hôpital nous lui permettons de repartir soit immédiatement en cas d'anesthésie locale, soit quelques heures après en cas d'épidurale. Le malade n'a qu'à revenir aux pansements sans encombrer les services hospitaliers.

Chez des malades fatigués, ayant saigné, âgés, nous les hospitalisons 24 heures.

A l'heure actuelle où les services hospitaliers sont particulièrement encombrés c'est là un gain appréciable de rendre ambulatoire le traitement de fissures anales que la dilatation sous anesthésie générale oblige à un séjour de 10 à 15 jours à l'hôpital.

STATISTIQUE

Le dépouillement des observations du centre de Proctologie de l'Hôpital Saint-Antoine nous a permis de relever 600 cas de fissures anales. Nos recherches s'étendent depuis le début de cette guerre, c'est-à-dire septembre 1939 jusqu'au mois de mars 1944, soit 4 ans et demi.

Nous avons remarqué que sur ces 600 malades, il y a 366 hommes contre 234 femmes, contrairement à la notion classique.

Voici le détail des traitements pratiqués :

I. — *Traitement médical seul :*

224 malades n'ont reçu que des injections péri-fissuraires de novocaïne ou du mélange novocaïne-histamine.

20 ont été traités par la haute fréquence intra-rectale.

22 par la haute fréquence associée à des injections péri-fissuraires.

II. — *Traitement chirurgical :*

a) D'emblée 190 malades ont été opérés sans subir auparavant aucune injection péri-fissuraire ni séances de haute fréquence. Il faut remarquer que le plus grand nombre de ces malades furent ainsi traités en 1941-42 et qu'à l'heure actuelle on tend au contraire à les faire bénéficier du traitement médical, à moins qu'au premier

examen la présence de pus, de décollements marginaux, d'une fistule ou d'une marisque ne nécessitent l'emploi immédiat de la diathermo-coagulation.

b) Après échecs des autres traitements :

101 malades furent opérés après échecs des injections.

3 après la haute fréquence.

5 après l'association haute-fréquence-injections.

11 après des injections d'une solution anesthésique huileuse.

Les 24 observations qui restent sont, outre les 8 cas d'incontinence anale plus ou moins complète, 16 récidives dont nous parlerons aux résultats opératoires.

Quels sont donc les RÉSULTATS obtenus avec ces divers modes de traitements ?

I. — *Traitement médical seul :*

a) *Injection péri-fissuraire :*

224 cas, soit 131 hommes, 93 femmes.

196 guérisons, soit 115 hommes, 81 femmes.

Dont voici le détail :

Après 1 injection : 79, soit 49 hommes, 30 femmes.

Après 2 injections : 42, soit 23 hommes, 19 femmes.

Après 3 injections : 49, soit 29 hommes, 20 femmes.

Après 4 injections : 19, soit 10 hommes, 9 femmes.

Après 5 injections : 7, soit 5 hommes, 2 femmes.

Après 6 injections : 1, soit 1 femme.

8 *récidives*, soit 3 hommes, 5 femmes
qui furent guéries par une ou trois nouvelles injections.

12 *échecs*, soit 8 hommes, 4 femmes
qui furent convoqués pour une opération ultérieure à laquelle ils ne se présentèrent pas.

2 cas douteux.

Enfin notons 4 malades (2 hommes et 2 femmes) qui présentèrent des fissures plus ou moins suspectes et chez qui un B. W. pratiqué se montra fortement positif.

De plus 1 malade a présenté une intolérance nette à la solution novocaïne-histamine et fut guéri par 2 piqûres de novocaïne.

1 femme enceinte fit une syncope après quelques cm³ de cette même solution.

b) Haute fréquence seule :

20 malades (soit 12 hommes et 8 femmes) furent traités uniquement par la haute fréquence intra-rectale avec 19 guérisons et 1 récurrence guérie par une piqûre de la solution novocaïne-histamine.

c) Haute fréquence et injection péri-fissuraire :

Nous avons relevé 22 observations où le traitement électrique fut associé aux piqûres, soit 13 hommes et 9 femmes; 20 furent guéris.

soit 11 avec 1 injection,
5 avec 2 injections,
3 avec 3 injections,
1 avec 4 injections.

2 récidivèrent après 1 injection et furent guéries l'une par 3, l'autre par 4 piqûres de la solution novocaïne-histamine.

II. — *Traitement chirurgical.*

a) Sur 190 malades opérés immédiatement sans traitement médical préalable (soit 118 hommes et 72 femmes) nous trouvons 163 guérisons et 27 brides post-opératoires; ces brides qui apportaient une gêne au malade et ne donnaient pas un résultat opératoire pleinement satisfaisant furent toutes guéries par 20 à 30 séances de diathermie.

Une remarque s'impose lorsque l'on étudie la fréquence de ces brides cicatricielles suivant les années. Nous en relevons par exemple 11 en 1941, 12 en 1942, 1 seulement en 1943 et aucune dans les 3 premiers mois de 1944, le pourcentage passant de 15 % en 1941 et 1942 à 2 % en 1943. Nous croyons que la mise au point de la technique, la ligne d'incision plus large, la destruction de tous les ponts muqueux et la régularisation soigneuse des bords de la plaie permettent actuellement d'envisager la disparition de ces brides post-opératoires et une réussite thérapeutique complète.

b) 101 malades durent être opérés après échec des injections péri-fissuraires (64 hommes et 37 femmes) et 97 furent guéris; 1 récédive un an après, fut traitée avec succès par 4 injections de la solution novocaïne-histamine, 2 brides post-opératoires (1942) nécessitèrent des séances de diathermie; enfin 1 malade, déjà opéré en 1932 ne fut pas soulagé sensiblement par l'opération.

35 avaient reçu 1 injection,
28 avaient reçu 2 injections,
19 avaient reçu 3 injections,
10 avaient reçu 4 injections,
4 avaient reçu 5 injections,
5 avaient reçu 6 injections.

c) 3 malades furent opérés et guéris après échec de la haute fréquence intra-rectale.

d) Après avoir subi sans succès des injections péri-fissuraires et la haute fréquence, 5 malades furent guéris par l'opération.

e) Enfin nous avons relevé dans les statistiques 11 observations (8 hommes et 3 femmes) où le traitement par une solution anesthésique huileuse fut pratiqué en 1937-1938; dans ces cas nous avons relevé une amélioration nette mais tous firent une récédive trois ou qua-

tre ans après et durent être opérés pour guérir complètement.

16 malade (12 hommes et 4 femmes) firent une *récidive* environ 1 an après avoir été opérés.

Nous ne les avons pas comptées comme des échecs de la diathermo-coagulation. En effet, nous avons remarqué que 12 se voient de 1939 à 1941 et 4 seulement en 1942.

Nous croyons là encore que l'opération fut insuffisante à une époque où l'on faisait une simple mise à plat sans enlever les décollements latéraux.

Une nouvelle opération guérit 12 de ces récidives tandis que 1, 2, 3 et enfin 4 injections du mélange novocaïne-histamine suffisaient pour soulager définitivement les 4 autres malades.

CONCLUSION

I. — Il existe deux sortes de fissures anales au point de vue thérapeutique : les fissures simples cédant au traitement médical ; les fissures évoluées ou compliquées nécessitant le traitement chirurgical.

II. — Dans le premier cas, les injections péri-fissuraires, donneront d'excellents résultats et pourront être complétées au besoin par la haute fréquence.

III. — Les autres fissures devront être opérées, non par la dilatation anale dont nous voyons fréquemment les mauvais résultats, mais par la résection au bistouri électrique de la fissure et de ses décollements latéraux.

IV. — Pratiquée à l'anesthésie locale ou épidurale cette intervention donne une guérison rapide et définitive sans entraîner d'hospitalisation.

V. — Insistons simplement au point de vue technique sur la minutie de l'hémostase et l'importance des premiers pansements.

VI. — Nous basant sur les trois cents malades opérés et suivis au centre de Proctologie de l'hôpital Saint-Antoine, nous croyons cette technique, maintenant bien réglée, infiniment supérieure aux autres méthodes actuellement encore en cours.

Vu, le Doyen :
BAUDOUIN

Vu, le Président de thèse :
HARVIER

Vu et permis d'imprimer,

Le Recteur de l'Académie de Paris :

GIDEL

BIBLIOGRAPHIE

- ARNOUS. — Société de gastro-entérologie, décembre 1943.
- BENSAUDE (R.), CAIN (A.), LIÈVRE (J.-A.). — *Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 10 janvier 1930.
- BENSAUDE (R.), SALOMON (I.) et MARCHAND. — Congrès de radiologie de Zurich, 1934.
- BENSAUDE (R.). — *Presse Médicale*, n° 85, 23 octobre 1935.
- Maladies de l'intestin, tome IV, 1939.
- CAIN (A.), BENSAUDE (A.), LÉON (A.). — *Archives des maladies de l'appareil digestif et des maladies de la nutrition*, mai 1939.
- CARNOT et FRIEDEL. — *Traité de Médecine et de Thérapeutique*.
- CERF. — *Thèse de Paris*, 1926.
- CONDAMIN. — *Lyon Médical*, 12 juin 1938.
- DELHERM et SAVIGNAC. — *Paris Médical*, 26 janvier 1924.
- DELHERM et MARCHAND. — *Traité d'électrothérapie*. (Masson), 1938.
- DELHERM et SAVIGNAC. — *Bulletin médical*, 16 août 1941.
- JACQUET (P.), HILLEMANT (J.), PÉRIER (E.-A.), HENRY (R.). — A propos des fissures anales et de leur traitement. (*Société gastro-entérologie*, janvier 1944).
- LEDENTU et DELBET. — *Traité de chirurgie*.
- LEIBOVICI (R.). — *Journal de Médecine de Paris*, n° 16, 18 avril 1935.
- LEMAIRE (J.). — *Thèse*, Paris, 1939.

